

#### 第4号様式（第4条関係）

## 精神障礙者醫療費助成金支給申請書

年 月 日

香芝市長

## 住 所

氏名

電話番号

香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則第6条第の規定により、 年 月分  
の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額 金 円

受給者番号	受給者格証番号	受給者氏名	□申請者と同じ	
加入医療保険の名称		加入医療保険記号番号		
医療院等の状況等	入院	日数及び期間	総点数	自己負担支払額
		日(年月日～年月日)	点	円
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。		
外院等の状況等	所在地 医療機関等 名称 氏名			印
	1	日 数	総 点 数	自己 負 担 支 払 額
		日	点	円
上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				
外来等の状況等	所在地 医療機関等 名称 氏名			印
	2	日 数	総 点 数	自己 負 担 支 払 額
		日	点	円
上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				
3	所在地 医療機関等 名称 氏名			印
	日 数	総 点 数	自己 負 担 支 払 額	
	日	点	円	
上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				

備考 受けられた医療における領収証明書等を添付してください。